

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911.

THÈSE

N°

9

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. CHARLES ROBERT

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
ET DE L'HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS

Né au Chesnay (S. et-O.), le 13 Mai 1881.

Les érythèmes scarlatiniformes

observés à la suite

des injections de sérum antidiphtérique

Président : M. MARFAN, Professeur.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie..		NICOLAS.
Physiologie..		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		ACHARD.
Pathologie médicale.....		DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....		WIDAL.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....		PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....		HARTMANN.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		MARFAN.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		THOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale.....		CHAUFFARD
		ROGER.
Clinique médicale.....		HAYEM.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		GILBERT
Clinique des maladies des enfants.....		HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies nerveuses.....		DEJERINE.
		QUENU.
		RECLUS.
Clinique chirurgicale.....		SEGOND.
		DELBET (Pierre).
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPPERSONNE.
Clinique des voies urinaires.....		ALBARRAN.
		PINARD.
Clinique d'accouchements.....		BAR.
		RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....		ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DESGREZ.	LENORMANT.	RATHERY.
BERNARD (Léon).	DUVAL (Pierre).	LERI.	REITTERER.
BRANCA.	GOUGEROT.	LOEPER.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GREGOIRE.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BROCA (André).	GUENIOT.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	GUILLAIN	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	JEANNIN.	MULON.	SICARD.
CARNOT.	JOUSSET.	NICLOUX.	TERRIEN (F.).
CASTAIGNE.	LABBE (Marcel).	NOBECOURT	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LANGLOIS.	OMBREDANNE.	
COUVELAIRE.	LECENE.	PROUST.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur MARFAN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1902-1903 M. le Professeur P. BERGER (*in memoriam*).

— M. le Professeur HAYEM.

1903-1904 M. le Docteur BARIÉ.

Externat.

1904-1905 M. le Professeur BERGER (*in memoriam*).

1905-1906 M. le Professeur GAUCHER.

Internat provisoire.

1906-1907 M. le Professeur agrégé GOUGET.

— M. le Professeur agrégé MACAIGNE.

Internat.

1907-1908 M. le Professeur BERGER (*in memoriam*).

1908-1909 M. le Docteur BOULLOCHE.

— M. le Docteur CAUSSADE.

1909-1910 M. le Docteur VARIOT.

1910-1911 M. le Professeur agrégé POTOCKI.

— M. le Docteur ENRIQUEZ.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur agrégé NOBÉCOURT, Médecin des Hôpitaux.

MM. les Professeurs agrégés CUNÉO, GOSSET et MARION, Chirurgiens des Hôpitaux.

MM. les Docteurs J. HALLÉ et LESNÉ, Médecins des Hôpitaux.

MM. les Docteurs GUIBÉ et MOUCHET, Chirurgiens des Hôpitaux.

M. le Docteur A. PARIS.

M. le Docteur ISELIN.

A M. le Professeur F. GUYON.

A M. le Professeur agrégé PIERRE DUVAL, Chirurgien des Hôpitaux.

A M. le Professeur agrégé C. JEANNIN, Accoucheur des Hôpitaux.

A MM. les Docteurs BENSAUDE, LAUBRY, MILIAN et E. RIST, Médecins des Hôpitaux.

A M. le Docteur FUNCK-BRENTANO, Accoucheur des Hôpitaux.

A MM. les Docteurs COTTU, GRINER, HUGUIER et C. RIST.

A M. le Docteur A. LAURENT, Médecin de l'hôpital civil de Versailles.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital Bretonneau, dans le service de notre maître, M. le Dr Boulloche, plusieurs cas d'érythèmes scarlatiniformes tant au Pavillon de la Diphtérie qu'au Pavillon de la Rougeole. Nous avons été frappés de leur apparition en série et de l'allure presque épidémique qu'ils ont parfois présentée. Aussi avons-nous été amenés à reprendre l'ancienne discussion sur la nature de ces érythèmes que certains auteurs ont regardés comme des formes frustes ou anormales de scarlatine.

Il nous a paru intéressant de signaler ces faits, venant confirmer cette même opinion, défendue dans ces dernières années par M. le Prof^r Marfan, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Nous lui adressons ici nos plus vifs remerciements ainsi qu'à notre maître, M. le Dr Boulloche, pour la sollicitude qu'il nous a toujours témoignée.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les érythèmes scarlatiniformes, survenant au cours des maladies infectieuses et en particulier de la diphtérie, sont connus depuis déjà longtemps.

Signalés pour la première fois par BORSIERI, c'est en 1858, c'est-à-dire bien avant l'emploi du sérum, que GERMAIN SÉE décrivit à la Société Médicale des hôpitaux, l'érythème scarlatiniforme comme complication de la diphtérie. Il le considérait non pas comme une fièvre éruptive, mais bien comme une manifestation cutanée de l'intoxication diphtérique. Son opinion ne fut pas partagée par tous et SANNÉ, dans l'article « Diphtérie » du dictionnaire de Dechambre, le considère comme une scarlatine fruste. ROGER et BARTHEZ considèrent également ces érythèmes comme des scarlatines associées à la diphtérie. MAROTTE et BERNARD, au contraire, les envisagent avec SÉE, comme des érythèmes proprement dits.

Nous voyons ainsi que la discussion qui existe toujours aujourd'hui et qui, comme nous le montrerons au cours de ce travail, est difficile à trancher à l'heure actuelle, était déjà amorcée à cette époque, et que les cliniciens

avaient reconnu que, dans certains cas du moins, le diagnostic était des plus délicats entre l'érythème scarlatiniforme et la scarlatine vraie venant compliquer une diphtérie.

Peu de temps avant l'emploi du sérum, HUTINEL signalait dans les *Archives générales de Médecine*, des « érythèmes « scarlatiniformes tardifs au cours de la diphtérie ».

Mussy, dans sa thèse sur les érythèmes infectieux de la diphtérie, en donne la description suivante et fait remarquer à quel point il est difficile de les distinguer de la scarlatine vraie. « L'érythème scarlatinoïde de la « diphtérie, dit-il, débute par les poignets, les coudes, « les genoux, les malléoles, les fesses ; il est rarement « primitif, plus souvent consécutif à un érythème polymorphe ; une fois constitué, il envahit rapidement les « membres supérieurs et inférieurs ; le thorax ensuite, « respectant presque toujours la face : à ce moment, la « rapidité même de son extension, la couleur rouge « écarlate qu'il présente, accompagnée de l'état chagriné « de la peau, la disparition instantanée par la pression « du doigt, le font ressembler à s'y méprendre à une « vraie éruption de scarlatine ».

En 1893, M. Roux fit ses premiers essais de sérothérapie. C'est alors que l'on put observer les divers accidents sériques, qui se manifestaient avec d'autant plus d'intensité, que l'emploi et la préparation du sérum étaient en pleine période de tâtonnements.

Les érythèmes et les phénomènes douloureux consti-

tuant les deux principaux groupes d'accidents sériques, ceux-ci devinrent l'objet de nombreuses études et statistiques.

Les érythèmes, accidents de beaucoup les plus fréquents ont été ramenés à quatre types bien distincts : l'érythème ortié, l'érythème polymorphe, l'érythème scarlatiniforme et l'érythème morbilliforme.

Suivant les auteurs, comme nous le verrons plus loin, la fréquence respective de ces diverses manifestations cutanées est essentiellement variable ; aussi l'interprétation des faits devient-elle très difficile, et l'on est tenté, dans cette période, d'attribuer au sérum ce que naguère on mettait sur le compte d'une infection surajoutée ou de la toxine de la maladie causale.

Néanmoins, dans sa communication de 1894, M. Roux classa au point de vue pathogénique les érythèmes en deux groupes : les uns, l'érythème ortié, l'érythème polymorphe, l'érythème circiné, dus nettement à l'influence du sérum ; les autres, les érythèmes scarlatiniforme et morbilliforme, dus à une infection streptococcique secondaire.

Ce n'est que plus tard, en 1905, que le Prof^r MARFAN a repris la question, en s'efforçant de montrer que l'érythème scarlatiniforme que l'on voit survenir chez les diphtériques ou chez les malades atteints de fièvres éruptives, ayant reçu des injections de sérum de Roux, est bien de nature infectieuse et non sérique ; et même il émet l'hypothèse qu'il s'agit de scarlatine vraie ; aussi

propose-t-il de dénommer cet érythème scarlatiniforme, « la Scarlatinoïde métadiphthérique » et il en déduit des conclusions pratiques qui, au point de vue prophylactique, ont la plus haute portée.

Malgré tous les efforts tentés par les méthodes de laboratoire pour établir un diagnostic différentiel entre l'érythème scarlatiniforme et la scarlatine vraie, la question reste toujours au même point, et sans pouvoir la solutionner, les faits que nous avons observés semblent venir à l'appui de l'opinion du Prof^r Martan.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de les signaler.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Bien que signalé avant l'apparition du sérum, l'érythème scarlatiniforme n'a été vraiment bien étudié que comme accident sérique au même titre d'ailleurs que les autres types d'érythèmes.

C'est surtout au cours de la diphtérie qu'on le rencontre ; mais il se montre aussi au cours des autres fièvres éruptives, en particulier de la rougeole et de la scarlatine, chez des malades injectés par mesure préventive, comme nous l'avons nous-mêmes observé. Contrairement aux autres érythèmes, on ne le rencontre jamais, suivant le Prof^r Marfan, chez des sujets sains injectés.

Quant à sa fréquence, nous trouvons à ce propos les chiffres les plus divers :

DUBREUILH, sur 1.946 cas traités par le sérum, a trouvé 244 cas d'exanthèmes, c'est-à-dire, 12,58 % qui se divisent de la façon suivante :

Urticaires.....	156 cas.
Érythèmes scarlatiniformes.....	46 —
Érythèmes polymorphes.....	31 —
Érythèmes rubéoliformes.....	11 —

MOUSSOUS, sur 38 cas, trouve 9 exanthèmes, dont 2 scarlatiniformes.

SEVESTRE et MESLAY, sur 179 cas, 27 exanthèmes dont 4 scarlatiniformes et 1 polymorphe.

LOBLIGEOIS, sur 1.310 cas, 93 exanthèmes, dont 39 scarlatiniformes.

LEBRETON et MAGDELAINE, sur 70 exanthèmes, signalent 12 exanthèmes scarlatiniformes.

Voici encore divers pourcentages d'érythèmes :

LEBRETON et MAGDELAINE, 27 %. SCHAEWEN, 0 %. BOERGER, 3 %. MAC COMBIE, 50 %. RANKE, 4 %. SEITZ, 20 %.

HARTUNG, sur un ensemble de statistiques prises aux uns et aux autres, rapporte les chiffres suivants :

Sur 2.661 cas injectés, 294 érythèmes, soit 11,4 %.

A Leipzig, il trouve sur 375 cas injectés, 73 érythèmes, soit 18 %.

L'enquête du BUREAU IMPÉRIAL ALLEMAND donne :

Pour le 1^{er} trimestre 1895 : sur 2.228 injections, 178 érythèmes.

Pour le 2^e trimestre 1895 : sur 2.130 injections, 176 érythèmes.

Ce qui fait un total de 4.358 injections avec 354 érythèmes, soit 8,19.

DETOT, dans sa thèse, rapporte une statistique du Pavillon de la Diphtérie de l'hôpital des Enfants-Malades ayant trait plus particulièrement aux érythèmes scarlatiniformes.

Sur 328 entrées en 6 mois, il trouve 28 érythèmes

scarlatiniformes dont 2 seulement sont survenus chez des enfants non diphtériques.

Le pourcentage est donc le suivant :

8 érythèmes scarlatiniformes sur 100 entrées.

9 érythèmes scarlatiniformes sur 100 diphtéries.

38 érythèmes scarlatiniformes sur 100 éruptions.

L'auteur ne relève que 19 cas d'urticaire ; par conséquent, les érythèmes scarlatiniformes seraient la variété d'éruption la plus fréquente et constitueraient à eux seuls le tiers des accidents cutanés sériques.

De notre côté, nous avons pu recueillir un assez grand nombre de cas au Pavillon de la Diphtérie de l'hôpital Bretonneau, dans le service de notre maître M. le Dr Bouulloche, et dans celui de M. le Dr Guinon. Notre statistique porte sur 3 ans 1/2 et voici les résultats qu'elle nous a fourni :

ANNÉES.	ENTRÉES.	ÉRYTHÈMES ORTIÉS.	ÉRYTHÈMES SCARLATI- NIFORMES.	ÉRYTHÈMES SCARLATINI- FORMES PAS- SÉS AU PAVIL- LON DE LA SCARLATINE.	ÉRYTHÈMES MORBILLI- FORMES.	TOTAUX DES ÉRYTHÈMES
1908	407	79	2	6	0	87
1909	446	77	1	5	0	83
1910	553	128	2	6	0	136
1911 (1 ^{er} semestre)	369	116	2	9	1	128
TOTAUX.....	1745	400	7	26	1	434

Les 7 cas d'érythème scarlatiniforme (voir les observa-

tions de XIII à XIX) que nous avons relevés, sont restés au Pavillon de la Diphtérie et ne semblent pas avoir été considérés comme des scarlatines véritables.

Nous verrons plus loin ce qu'il faut en penser. Quant aux autres éruptions scarlatiniformes (26 cas), elles ont toutes été passées au Pavillon de la Scarlatine et il suffit d'examiner quelques-unes des observations que nous en rapportons, pour se rendre compte que la marche de l'affection a toutes les allures d'une scarlatine plus ou moins modifiée suivant les cas.

Quoi qu'il en soit, nous sommes loin ici de pouvoir dire comme Detot, que l'érythème scarlatiniforme est la variété d'éruption sérique la plus fréquente.

Sur 1745 entrées, toutes injectées bien entendu, nous trouvons :

400 érythèmes ortiés, c'est-à-dire 22,92 % et 33 érythèmes scarlatiniformes (nous comprenons dans ce nombre à la fois les scarlatines et les 7 cas d'érythème) c'est-à-dire, 1,89 %.

En comptant sur 100 éruptions, nous trouvons les proportions suivantes :

Erythèmes ortiés, 92,16 %.

Erythèmes scarlatiniformes, 7,60 %.

Erythèmes morbilliformes, 0,23 %.

Nous signalons en effet un cas d'éruption morbilliforme. Nous n'avons pas à le discuter ici, mais sa présence dans notre statistique, qui porte sur un assez grand nombre de cas, nous montre la véritable rareté de cette variété

d'éruption, et ce ne serait pas, croyons-nous, faire preuve d'un scepticisme excessif, que de mettre en doute sa véritable nature.

Nous trouvons donc, en ce qui concerne les érythèmes scarlatiniformes, des chiffres bien inférieurs à ceux de la plupart des auteurs. Nous pouvons dire de suite quelle en est, suivant nous, la raison.

MM. les D^{rs} Bouulloche et Guinon, isolent toujours dans leurs services tous les érythèmes scarlatiniformes généralisés qu'ils considèrent par principe, comme suspects. Cette diminution, que nous trouvons dans cette variété d'éruption, doit être, il nous semble, considérée comme un des effets de cette sage mesure prophylactique.

Peut-être pourrait-on invoquer une foule d'autres causes pour interpréter notre statistique : la nature du sérum, la quantité injectée, la saison, etc.

Quoi qu'il en soit, beaucoup de choses nous échappent encore sur les conditions d'apparition et le mécanisme des accidents sériques. D'ailleurs, il est facile de s'en rendre compte d'après le peu de données étiologiques que nous possédons.

Il ne semble pas que l'âge ait une influence quelconque sur leur fréquence. Par contre on signale qu'en hiver, les érythèmes seraient beaucoup plus rares qu'aux autres saisons.

Suivant MM. d'Astros et d'Engelhardt, la prédisposition individuelle jouerait un rôle important dans la production des érythèmes sériques.

Assez rare au cours des autres fièvres éruptives, l'érythème scarlatiniforme se voit surtout au cours de la diphtérie et, pour Detot, il existerait un rapport important entre l'apparition de cet érythème et la forme clinique de la diphtérie. D'après ses observations, il résulterait que l'érythème est plus fréquent au cours des angines graves qu'au cours des angines moyennes ou légères, et, fait assez curieux, l'érythème est commun au cours de l'angine, et rare au cours du croup sans angine.

On s'est demandé si la quantité de sérum injectée avait une influence quelconque sur la production des accidents ; il résulte de nombreuses observations qu'il n'en existe aucune. On voit couramment des enfants recevoir 100, 150 ou même 200 cc. de sérum en l'espace de 8 jours et ne présenter aucune éruption. D'autres, au contraire, après une simple injection de 20 cc. et même de 10 cc. ont souvent un érythème intense avec élévation de température.

La qualité du sérum, au contraire, a beaucoup plus d'importance. Le sérum frais, comme l'a signalé Chantemesse en 1901, à la Société Médicale des Hôpitaux, produirait beaucoup plus d'éruptions que le sérum ancien. On a prétendu que l'emploi de sérum chaud était mieux toléré. On a également préconisé l'administration de chlorure de calcium contre la production des érythèmes. L'essai nous en a paru peu démonstratif.

Ce qui est en tous cas certain, c'est que l'emploi d'un même sérum produit parfois une véritable série d'exan-

thèmes, alors qu'avec un autre, on n'en observe pas ou presque pas.

En résumé, nous avons peu de données précises sur l'étiologie des accidents sériques, et en particulier sur celle de l'érythème scarlatiniforme. La diversité même des statistiques que nous venons de reproduire, montre à quel point, il est différemment interprété par les auteurs. Tel érythème sera un accident sérique pour l'un, une scarlatine pour l'autre.

Voyons maintenant sous quels aspects cliniques se présente l'érythème scarlatiniforme.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

L'érythème scarlatiniforme apparaît d'une façon tout à fait variable. Il survient en général du 8^e au 12^e jour après la première injection (Marfan), et en moyenne 10 jours après le début de la diphtérie. Mais bien souvent son apparition est beaucoup plus précoce, 3, 4, 5 jours après l'injection, ou plus tardive 15, 17 ou 20 jours. On a même signalé un délai de 31 jours. Les autres éruptions sont beaucoup moins longues à apparaître. Il semblerait, d'après Detot, que les érythèmes précoces se rencontrent plutôt dans les diphtéries légères ; les érythèmes tardifs, au contraire, dans les diphtéries graves. On l'observe surtout, en somme, dans les formes graves à évolution lente. Autrement, la mort ne laisse pas à l'érythème le temps de se manifester.

Il s'accompagne le plus souvent de signes généraux assez sérieux que nous allons étudier avec les caractères de l'éruption elle-même.

Le DÉBUT est toujours brusque, la température, qui était en général normale, s'élève brusquement à 39° ou 40°, quelquefois précédée de vomissements comme dans la

scarlatine véritable. Puis, presque en même temps, apparaît l'éruption.

Parfois il existe quelques prodromes. La température s'élève dans certains cas la veille de l'éruption, la précédant ainsi de 24 à 36 heures. D'autres fois, des plaques discrètes d'érythème diffus apparaissent en certains points du corps qui disparaissent assez rapidement. Dans un cas même, on a vu l'éruption être précédée de coryza et de larmoiement.

L'ÉRUPTION, d'une façon générale, rappelle tout à fait celle de la scarlatine normale.

Elle débute à la région dorsale ou sacro-fessière pour envahir rapidement le cou, le tronc, et enfin les membres. D'autres fois, elle se montre tout d'abord au cou, et se généralise ensuite. Souvent son point de départ se fait au niveau de la piquûre, par une plaque érythémateuse de dimensions variables, qui bientôt diffuse et se généralise. L'érythème prédomine à la paroi antérieure des aisselles, à la ceinture, au niveau des aines, des plis de flexion des membres, et du cou. La face est le plus souvent épargnée. Sa diffusion est peut-être moins étendue que dans la scarlatine vraie. Il n'est pas rare de le voir limité au tronc, ne touchant à peine les membres, ou au contraire être peu marqué sur le tronc et être très accusé sur les membres.

La couleur est rouge, écarlate, jus de framboise; il est formé de larges plaques mal limitées, qui s'étendent, se rejoignent et constituent ainsi un fond rouge uniforme

sur lequel apparaît un piqueté plus foncé, constitué d'une multitude de petits points légèrement saillants, qui donne à la peau un aspect granité; au toucher, on a la sensation de la peau de chagrin et la rougeur s'efface à la pression du doigt, sauf dans les cas exceptionnels, où l'éruption est ecchymotique.

Parfois il est légèrement prurigineux. Quelquefois on peut également faire apparaître la raie scarlatineuse de Bouchut (pour la déterminer, il suffit de promener le doigt sur la peau; on voit alors une raie blanche assez persistante, au milieu de laquelle on distingue une raie rouge plus étroite), comme dans la scarlatine.

L'érythème scarlatiniforme ne se présente pas toujours avec tous ces caractères. Son étendue est variable. Souvent tout en étant généralisé, la face est envahie ou respectée. Il est de plus, certaines régions pour lesquelles il a une prédilection particulière. Dans certaines éruptions partielles par exemple, il ne se manifeste que sur le tronc et sur la face dorsale des mains ou des pieds. Ou bien, il occupe seulement la région inguinale.

Comme l'a signalé le Pr Marfan, il peut avoir une tendance purpurique, ce qui constituerait un indice de gravité pour la maladie en cause.

En général, symétrique, son intensité et sa durée sont des plus variables. Parfois à peine marqué, et alors très fugace, il peut, dans des cas intenses, prendre la couleur rouge sombre et durer alors 3, 4 et 6 jours. Mais en général sa durée moyenne est de 2 à 3 jours.

Les téguments sont sans doute, le plus souvent, seuls intéressés. Mais il n'est pas rare de voir les muqueuses être le siège d'un véritable ÉNANTHÈME.

On a pu noter dans un cas, de la congestion de la muqueuse nasale et de la conjonctive. Mais le plus souvent, comme le remarque le Pr Marfan, on voit presque toujours, apparaître de la rougeur et de la tuméfaction des amygdales qui se recouvrent parfois d'enduits puriformes lacunaires ou diffus.

La langue peut également devenir rouge au moment de l'éruption.

En même temps on constate une réaction ganglionnaire dans la région cervicale.

Un des grands caractères de cet exanthème, c'est de déterminer *très peu de desquamation*. En effet, Detot n'en signale que 2 cas. Nous-mêmes ne l'observons que deux fois dans nos cas d'érythèmes survenus chez des rougeoleux (obs. XXVIII et XXX). La langue non plus ne dépouille point. Néanmoins, dans les cas où elle existe, elle est très peu marquée. C'est une légère exfoliation furfuracée qui respecte les pieds et les mains. La desquamation de la langue se limite à la pointe et à la partie antérieure des bords. Jamais on n'observe l'aspect framboisé bien connu.

Des SYMPTÔMES GÉNÉRAUX accompagnent presque toujours l'apparition de l'éruption. La fièvre ressemble beaucoup à celle de la scarlatine; la température monte assez brusquement, atteint son maximum en un jour ou

deux, reste stationnaire un ou deux jours, puis redescend progressivement pour tomber à 37° vers le 5^e ou le 6^e jour. Le plus souvent l'ascension coïncide avec la production de l'éruption, mais parfois elle est prééruptive, survenant 24 ou 48 heures avant les manifestations cutanées, tantôt, elle est postéruptive, atteignant 39° ou 40° seulement le lendemain de l'érythème. On a noté des rémissions matinales très marquées. Il est assez rare de constater l'absence totale de fièvre. Nous l'avons vu deux fois (obs. II et VI) dans des cas où l'érythème a été considéré comme une vraie scarlatine, et une fois dans les autres (obs. XVIII).

L'évolution normale de la température est quelquefois troublée par des rechutes; elle baisse pour remonter ensuite, ascension qui, en général, coïncide avec une nouvelle poussée éruptive.

Le poulx ne présente rien d'intéressant à signaler. Il suit la température, sauf dans les cas où sa rapidité anormale ou son irrégularité relèvent de l'intoxication diphtérique.

En même temps que la fièvre est élevée, le malade est ou prostré ou agité avec du subdélire; l'appétit est mauvais et la constipation est habituelle.

Les urines sont rares, foncées; si antérieurement elles étaient albumineuses, la poussée fébrile peut augmenter la quantité d'albumine, ou même faire apparaître celle-ci, si les urines étaient normales auparavant. La diazo-réaction d'Ehrlich est inconstante.

L'examen du sang montre une recrudescence de la polynucléose, qui, comme on le sait, tend à être remplacée par de la mononucléose au cours de la convalescence de la diphtérie.

Nous n'avons eu jusqu'à présent, en vue, que l'érythème scarlatiniforme généralisé et pur, c'est-à-dire sans aucun autre élément éruptif d'un autre caractère. C'est d'ailleurs le seul qui nous intéresse ici, mais notre exposé serait incomplet, si nous ne mentionnions les variétés nombreuses, dans lesquelles non seulement l'érythème scarlatiniforme est nettement localisé, mais à côté duquel s'ajoute une éruption différente, morbilliforme, ortiée, polymorphe ou miliaire. Dubreuilh considère que les éruptions scarlatiniformes et morbilliformes sont habituellement mélangées.

Asch rapporte un cas dans lequel, 4 jours après l'injection, un urticaire généralisé apparut durant 3 jours. Puis le 11^e jour se montra une éruption maculeuse, intermittente, apparaissant et disparaissant tous les jours et finissant le 17^e jour par couvrir tout le corps d'une rougeur scarlatiniforme, mais présentant sur les membres inférieurs toutes les modalités de l'érythème polymorphe.

Malgré l'élément objectif scarlatiniforme plus ou moins important que renferment ces éruptions mixtes, nous croyons cependant devoir les considérer comme des éruptions polymorphes, et les ranger à côté de l'urticaire et de l'érythème ortié, dont l'origine sérique ne semble faire aucun doute.

La DURÉE de l'érythème scarlatiniforme ne dépasse que rarement 6 à 8 jours. Dans l'immense majorité des cas, il se termine par la guérison, et dans les cas de mort, en général très précoce et très rapide, il faut vraisemblablement invoquer une malignité de l'infection toute particulière.

Toutefois, des complications peuvent surgir, et précisément celles que l'on observe au cours de la scarlatine. Ce sont l'otite, la mastoïdite, les adénites pouvant suppurer, les périostites et les arthrites. Il va de soi que, dans ces cas, l'allure de l'affection est un peu modifiée, que la température subsiste, prend un type plus ou moins oscillant, et que la guérison alors profondément retardée, nécessite une convalescence de longue durée.

On est incontestablement frappé, lorsqu'on jette un coup d'œil sur cette symptomatologie, de l'analogie très grande, pour ne pas dire similitude, qui existe entre l'érythème scarlatiniforme qui nous occupe ici, et la scarlatine vraie. C'est pourquoi, il nous faut maintenant rechercher quelle peut être la nature de cet érythème, et nous demander, si en réalité, il ne s'agit pas là, d'une même entité morbide, désignée sous deux noms différents.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Il est évident qu'actuellement il faut un peu dissocier le groupe des accidents sériques, et que si certains érythèmes sont indubitablement dus à l'action du sérum, il en est d'autres qu'il n'est pas possible de rattacher à la même cause. C'est en particulier le cas de l'érythème scarlatiniforme généralisé qui nous intéresse ici.

Il est tout d'abord un groupe d'accidents comprenant l'érythème ortié, l'urticaire, l'érythème polymorphe, les divers érythèmes localisés, qui révèlent tous les aspects, papuleux, punctiforme, etc., et en outre les manifestations douloureuses, articulaires et musculaires, dont l'origine sérique n'est pas contestable. On les voit, en effet, survenir chez des sujets sains injectés préventivement, toujours avec la même symptomatologie et dans les mêmes conditions d'apparition ; et il ne faudrait pas croire qu'il y ait là quelque chose de particulier au sérum antidiphtérique. On les observe de même, après l'emploi des divers sérums, antitétanique, antiméningococcique et même avec le sérum de cheval simple qu'on préconise tant, à l'heure actuelle, dans certaines dyscrasies d'origine sanguine.

Cela suffit à démontrer sans commentaires, que ce n'est pas du tout l'antitoxine de tel ou tel sérum préparé, qui agit et détermine les accidents, mais bien l'introduction dans l'organisme d'un sérum étranger, même provenant d'un animal sain. Ce sont les expériences de MM. Bertin, Sevestre, Johanessen (*Annales de l'Institut Pasteur*, année 1896) et celles de MM. Feulard, Morel-Lavallée, Simonet, de Laborie, Tommasoli et M. Apert.

Mais à côté de ces manifestations bénignes, fugaces, pour ainsi dire toujours apyrétiques, il en est d'autres, d'ailleurs plus graves, prenant même le masque d'une maladie, et qui ne surviennent que chez des malades, des diphtériques, des rougeoleux (comme les observations que nous rapportons plus loin) ou des scarlatineux, ayant reçu des injections de sérum. Nous voulons parler de l'érythème marginé aberrant, et des érythèmes scarlatiniformes et morbilliformes généralisés. M. le Prof^r Hutinel les différencie nettement : « Il ne faut pas confondre, dit-il, les accidents sériques avec les érythèmes infectieux qui sont le plus souvent scarlatiniformes et fébriles ».

Que le sérum n'ait aucune influence sur la façon dont évoluent ces accidents ainsi que sur leur aspect clinique, cela serait peut-être aller un peu loin ; mais ce qui semble probable, c'est qu'ils ne doivent point lui être imputés entièrement et qu'il faut en rechercher la cause, comme le fait si justement remarquer le Prof^r Marfan, dans une infection surajoutée à la maladie causale.

Nombreuses sont, en effet, les raisons qui doivent amener à rattacher l'érythème scarlatiniforme à une origine infectieuse.

N'oublions pas en premier lieu, comme nous l'avons déjà montré, que G. Sée en 1858, l'avait observé, décrit au cours de la diphtérie, et qu'il s'était efforcé de démontrer qu'il ne s'agissait pas là, d'une scarlatine associée. De plus, dans le sang des malades atteints d'érythème scarlatiniforme, on ne trouverait pas, d'après le Prof^r Marfan, les précipitines que l'on trouve au cours des vrais accidents sériques.

Dans notre description clinique, nous avons vu la fièvre à peu près constante, la coexistence fréquente de suppurations, la polynucléose assez marquée ; tout cela, donne vraiment bien l'impression d'une manifestation nettement infectieuse.

Est-il possible de préciser la nature même de cette infection ?

Mussy, trouvant du streptocoque dans la gorge à côté du bacille de Loeffler, rattachait l'érythème scarlatiniforme à une infection streptococcique. Roux, lui-même, partagea cette opinion. MM. Sevestre et Louis Martin, ont également vu presque toujours, l'érythème scarlatiniforme survenir dans des formes graves qu'ils regardaient comme des strepto-diphtéries.

Enfin, MM. Deguy, Legros et Galitsis ont trouvé d'une façon presque constante, dans une épidémie, un diplostreptocoque dans le sang, associé au bacille de Loeffler.

Que l'érythème scarlatiniforme ait une origine infectieuse, cela semble suffisamment démontré ; mais étant donnée, comme nous allons le voir, la difficulté du diagnostic avec la scarlatine telle qu'elle se montre au cours de la diphtérie ou de la rougeole, nous nous demandons, comme le Prof^r Marfan, s'il ne s'agit pas tout simplement d'une véritable scarlatine, peut-être légèrement modifiée dans ses allures cliniques par la présence du sérum dans l'organisme.

C'est l'opinion à laquelle nous avons été amenés à nous ranger, par l'examen des faits que nous rapportons ; nous les discuterons plus loin, après avoir montré la réelle impossibilité, tout au moins actuelle, de poser un diagnostic différentiel entre l'érythème scarlatiniforme généralisé et la scarlatine vraie.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Avant d'aborder la discussion de notre diagnostic, il nous faut rappeler ici, pour les éliminer, les causes qui peuvent produire l'érythème scarlatiniforme.

Le RASH SCARLATINIFORME DE LA VARIOLE se distinguera de l'érythème, par sa teinte ecchymotique, par sa limitation et sa topographie (région des aines). La rachialgie et bientôt d'ailleurs, les papules de variole ne tarderont pas à dissiper les doutes.

Beaucoup d'autres éruptions prennent également le type scarlatiniforme : par exemple L'ÉRYTHÈME BLENNORRHAGIQUE, auquel il suffira de penser pour le reconnaître facilement.

Puis tout le groupe des ÉRYTHÈMES TOXIQUES dus à l'introduction dans l'organisme de produits médicamenteux : la quinine, le chloral associé à l'alcool, la belladone, l'iode, le mercure, l'antipyrine, l'opium. Quand l'éruption est apyrétique, le diagnostic est facile : il suffit de rechercher les signes concomitants propres à chacune de ces intoxications : dilatation pupillaire pour la belladone, catarrhe pour l'iode quelquefois, et stomatite pour le mercure. Même dans les cas où la fièvre

accompagne ces intoxications il suffit d'examiner de près l'éruption, et l'on verra que *toujours*, elle présente quelques anomalies : ou bien elle est localisée à certains points d'élection, ou bien on y trouve associés, des éléments morbilliformes ou papuleux.

L'éruption, dans tous ces cas, est mixte et cela est un élément de diagnostic important avec l'érythème scarlatiniforme généralisé, sur lequel nous ne saurions trop insister.

Les éruptions hydrargyriques graves offrent quelquefois de très grandes difficultés (Morel-Lavallée) quand elles ont un début fébrile et brusque, et quand elles s'accompagnent, par la suite, de desquamation de la langue. La desquamation cutanée commence plus tôt que dans la scarlatine, du 5^e au 8^e jour et se renouvelle plusieurs fois.

L'ÉRYTHÈME SCARLATINIFORME DESQUAMATIF DE BESNIER, est d'un diagnostic un peu plus délicat. D'abord très rare chez les enfants, la rougeur persiste encore au 8^e jour et la desquamation se manifeste sous un aspect lamelleux et fenilleté spécial, avec une très grande abondance. De plus, le début est moins brusque, le pouls moins fréquent et l'angine inconstante. L'éruption est beaucoup plus rouge. Les phénomènes locaux très intenses, les phénomènes généraux légers ou nuls. Enfin un caractère important est l'apparition de la desquamation alors que l'éruption persiste encore. La chute des poils et des ongles lui appartient en propre (Brocq).

Il nous faut encore citer les ÉRYTHÈMES INFECTIEUX qui surviennent SECONDAIREMENT au cours des diverses maladies infectieuses, en dehors bien entendu, de la diphtérie et des fièvres éruptives : grippe, fièvre typhoïde, choléra, méningite cérébro-spinale, érysipèle, angines aiguës, peste, dengue, septicémies et pyohémies chirurgicales ou puerpérales. Dans tous ces cas encore, lorsque l'érythème scarlatiniforme apparaît, *jamais on ne le trouve pur et nettement généralisé, mais plus ou moins localisé, et surtout, toujours accompagné d'autres éléments éruptifs, morbilliformes le plus souvent.*

Enfin pour terminer, rappelons l'existence des ÉRYTHÈMES SCARLATINIFORMES PRIMITIFS INFECTIEUX, signalés par divers auteurs : le Prof^r Roger, Detot, Legendre, Thomas Savill. Ces érythèmes évoluent d'une façon grave se terminant parfois par la mort. On les considère comme de nature infectieuse, mais on n'a pas de données plus précises, permettant de les diagnostiquer des formes graves de scarlatine.

Par tout ce que nous avons dit précédemment, on a pu voir nettement les ressemblances considérables qui existent entre L'ÉRYTHÈME SCARLATINIFORME ET LA SCARLATINE. Est-il possible néanmoins d'établir entre eux un diagnostic différentiel ? Rappelons à ce propos l'opinion de différents auteurs :

« L'éruption qui succède au croup revêt les différentes formes de scarlatine, disait G. Sée. »

« Les exanthèmes (scarlatiniformes) prennent assez

« souvent l'apparence de la scarlatine. . . On aura jamais
« une certitude complète pour le diagnostic (Sanné). »

« Cet érythème ressemble à s'y méprendre à une vraie
« éruption de scarlatine (Mussy). »

« La peau, d'un rouge écarlate, a un aspect chagriné
« qui rappelle à s'y méprendre l'exanthème de la scarla-
« tine (Hutinel). »

« D'autres fois on observe une éruption scarlatini-
« forme qui ressemble alors d'une façon plus ou moins
« frappante à l'éruption de la scarlatine, le plus souvent
« le diagnostic n'est guère possible qu'en tenant compte
« des commémoratifs et de l'évolution de l'exanthème
« (Sevestre et Martin). »

« Il est très difficile, dans quelques cas impossible, de
« différencier avec certitude, un exanthème sérique d'une
« autre éruption (Hartung). »

Aussi, vu la difficulté du diagnostic, a-t-on multiplié à l'infini, les différences que les deux éruptions pouvaient présenter.

Moussous voit l'érythème toujours symétrique. Pour les uns il respecte la face. Pour les autres il débute par le visage. Sa fugacité, sa prédominance au niveau de certaines régions, son début au niveau de la piqure, sont autant de caractères sur lesquels on s'est tour à tour appuyé.

Quelques auteurs ont attaché de l'importance à la raie scarlatineuse de Bouchut. Malheureusement, il est des cas d'érythème considérés comme non douteux, dans lesquels elle se produit manifestement.

Voici maintenant les différences les plus sensibles que le Profr Marfan établit entre les deux éruptions :

« Dans la scarlatinoïde métadiphthérique, l'éruption peut commencer au niveau de la piqure et ne pas se généraliser aussi régulièrement et aussi complètement que dans la scarlatine. Le caractère piqueté, chagriné de l'éruption est souvent moins appréciable dans la scarlatinoïde... La langue ne se modifie pas, ou ne se dépouille qu'incomplètement aux bords et à la pointe. On n'y observe pas l'aspect framboisé propre à la scarlatine... Le plus souvent, la scarlatinoïde n'est pas suivie de desquamation et quand, par exception, la peau se dépouille, c'est par une exfoliation, à très petites squames à peine visibles, qui n'atteint presque jamais les extrémités. »

Toutes ces différences semblent au premier abord extrêmement nettes. Mais il suffit de se reporter aux différentes formes de scarlatine, pour voir que celle-ci peut revêtir toutes les modalités que nous venons de signaler. Tout le monde connaît les formes frustes de scarlatine avec une éruption fugace de 4 ou 5 heures, ou même sans aucune éruption, la maladie évoluant alors sous forme d'une angine fébrile, ce qui n'empêche, ni la desquamation, ni les complications de la convalescence, l'anasarque surtout (Graves, Trousseau).

Selon la variété de l'éruption citons : la scarlatina variegata, où l'exanthème simule quelquefois la rougeole (Hénoch) ; la forme papuleuse (Picot) ; la forme miliaire, la forme prurigineuse (Vogel, Saint-Philippe.)

Il est des scarlatines absolument authentiques dans lesquelles la langue reste normale, et la desquamation fait complètement ou à peu près défaut, surtout dans certains foyers contagieux.

Peut-on encore se baser sur la date d'apparition de l'exanthème ? On a prétendu que l'érythème précoce 4 à 5 jours après l'injection serait plutôt une scarlatine, alors que les érythèmes tardifs survenant du 8^e au 12^e jour seraient plutôt d'origine sérique.

Il suffit de regarder nos observations pour voir que rien n'est plus variable : du 3^e jour (dans notre observation n^o XV), au 17^e jour (obs. n^o XVIII), au 19^e jour (obs. n^o XXV).

En présence de cette insuffisance de la clinique, on s'est alors efforcé de rechercher si les méthodes de laboratoire permettraient d'être plus heureux et de trouver ainsi des éléments nouveaux de diagnostic.

La DIAZO-RÉACTION D'EHRlich, aurait, d'après M. Lobliegeois, une grande valeur diagnostique. Très fréquente, en effet, au cours de la scarlatine, elle serait exceptionnelle au cours de la diphtérie et dans les érythèmes scarlatiniformes.

Quoiqu'en dise l'auteur, cette réaction n'a pas une constance assez grande dans les résultats qu'elle donne, pour permettre d'établir d'après elle un diagnostic définitif. Si l'on a soin d'examiner les urines tous les jours, on s'aperçoit qu'elle varie avec un même sujet d'un jour à l'autre, et que l'on peut la rencontrer au cours de l'éry-

thème, alors qu'elle manque dans des cas de scarlatine indiscutables. Les observations de Lobligeois montrent très bien elles-mêmes, les variations quotidiennes de la réaction.

L'EXAMEN DU SANG peut-il fournir des résultats plus concluants ?

Dans la scarlatine, comme dans nombre de maladies infectieuses, on rencontre de la polynucléose. Lobligeois a trouvé qu'elle était beaucoup moins marquée dans l'érythème scarlatiniforme. De plus, les éosinophiles seraient plus rares dans la scarlatine ; et enfin, dans l'érythème scarlatiniforme, on rencontrerait des formes anormales de leucocytes qui n'existent pas dans la scarlatine.

Pater, dans un travail tout récent, dans les *Archives des maladies des enfants* (août 1909), a propos du diagnostic entre la scarlatine et les érythèmes scarlatiniformes, donne les résultats suivants, un peu différents des précédents : « Une polynucléose typique se manifeste dès le début de l'éruption de scarlatine. Elle est considérable pendant les 2 ou 3 premiers jours, même chez les très jeunes enfants : 90 % des leucocytes le 1^{er} jour ; puis elle baisse peu à peu les jours suivants. Les mononucléaires subissent une diminution portant surtout sur les lymphocytes. Le chiffre des éosinophiles, très variable, augmente assez souvent au bout de quelques jours. Dans les érythèmes scarlatiniformes, la formule leucocytaire reste à peu près normale ; on constate surtout de la mononucléose. Quant à l'éosinophilie, elle est inconstante et

elle serait peut-être plus fréquente dans la scarlatine vraie que dans l'érythème ».

Ces résultats diffèrent donc, tout au moins en ce qui concerne l'éosinophilie de ceux de Lobligois ; et, bien que nous n'ayons point nous-mêmes vérifié ces diverses données, nous voyons encore ici la valeur relative, malgré son intérêt, qu'il faut attribuer à l'examen du sang.

Si l'agent pathogène de la scarlatine nous était absolument connu, nous aurions au moins dans sa recherche un élément de diagnostic important. Malheureusement, on trouve dans le sang très souvent, mais encore pas toujours, un streptocoque spécial en forme de diplo-streptocoque ressemblant précisément à celui que MM. Deguy et Legros ont trouvé dans les érythèmes scarlatiniformes.

MM. Hasenkopff et Salge avaient pu AGGLUTINER LE STREPTOCOQUE retiré de la gorge d'un scarlatineux avec le sérum des scarlatineux. Selon eux, cette réaction était spécifique. MM. Detot et Boucart ont voulu vérifier cette assertion ; ils n'ont obtenu que des résultats inconstants et incertains.

Tout récemment, on a voulu appliquer au diagnostic de la scarlatine LA MÉTHODE DE WASSERMANN, sur la déviation du complément.

Much et Eichelberg ont trouvé la réaction positive dans 40 % des cas observés. Ces travaux ont été repris par nombre d'auteurs : Zeisler, Sommerfeld, Margulies, et en France par MM. Teissier, Bénard, Foix et Mallein.

Les résultats obtenus manquent encore beaucoup de précision ; la méthode en elle-même est longue et délicate. Il n'y a donc pas lieu d'espérer, trouver encore en elle, un moyen de trancher la question.

Il est encore un élément de diagnostic qui, au premier abord et dans certains cas tout au moins, semblerait avoir quelque valeur : c'est LA NOTION D'UNE SCARLATINE ANTÉRIEURE CHEZ LE MALADE. Les fièvres éruptives conférant en général l'immunité après une première atteinte, l'apparition d'un érythème scarlatiniforme, chez un sujet ayant eu la scarlatine, pourrait ainsi permettre de faire un diagnostic. Mais malheureusement, tandis que la rougeole, la varicelle, la variole ne récidivent qu'exceptionnellement, la scarlatine, au contraire, peut frapper l'individu, un an, deux ans, six ans plus tard (Thomas, Korner, Marfan) et même à plusieurs reprises (Stiebel, Jahn, Baginski, Jeanselme). Les rechutes également sont bien connues (Thomas, Bohn, Trojanowsky) et l'existence de deux éruptions successives, au cours d'une même scarlatine, ne peut encore rien prouver. C'est le cas de l'observation (obs. XXV) que nous rapportons, dans laquelle un érythème scarlatiniforme est apparu 19 jours après l'injection de sérum.

CHAPITRE VI

ESSAI D'IDENTIFICATION DE L'ÉRYTHÈME SCAR- LATINIFORME PUR ET GÉNÉRALISÉ ET DE LA SCARLATINE.

Par ce que nous venons de voir, nous sommes donc encore aujourd'hui dans l'impossibilité de distinguer l'érythème scarlatiniforme de la scarlatine. Peut-être n'y a-t-il là rien de surprenant, si ces éruptions ne sont qu'une seule et même chose, une véritable scarlatine, hypothèse qui, somme toute, semble confirmée par les faits que nous allons exposer.

Nous ne voudrions pas, au risque de nous répéter, rappeler les grandes analogies cliniques dont nous avons longuement tracé le tableau ; mais nous ne saurions trop insister sur les complications suppurées qui peuvent survenir au cours de ces érythèmes.

De plus, c'est surtout dans le milieu hospitalier qu'on observe cet érythème, et assez souvent sous l'aspect de *véritable épidémie*. Nous rapportons en effet deux séries de cas, l'une au Pavillon de la Diphtérie, l'autre au Pavillon de la Rougeole. La première nous montre 9 cas d'érythèmes (considérés comme des scarlatines) du 14

mars 1911 au 16 mai 1911, la seconde quinzaine de mars entrant pour 6 cas dans ce total (obs. IV et IX).

La seconde s'élève à 6 cas, du 4 juin 1911 au 9 juillet 1911. Ce sont des rougeoles injectées préventivement, au cours desquelles sont apparues des éruptions scarlatini-formes, alors que la surveillante, qui a la direction de ce pavillon à l'hôpital Bretonneau depuis de longues années, n'avait jamais observé semblable épidémie. Ces érythèmes ont évolué de façon variable : un est mort le lendemain de l'éruption (obs. XXIX); un, dans un état grave, avec complications pulmonaires, est emmené par ses parents (obs. XXXI) ; les autres sont sortis guéris. Chez les uns nous notons de la desquamation (obs. XXVIII et XXX). Chez les autres aucune trace (obs. XXVI et XXVII). En présence d'une notion de contagiosité et d'épidémicité aussi évidente, n'y a-t-il pas lieu de conclure que nous nous sommes trouvés en présence de véritables scarlatines ?

Quant aux autres cas des années précédentes, parmi lesquels nous avons choisi les plus intéressants, (car tous ont évolué à peu près comme des scarlatines banales), nous ne trouvons pas, à proprement parler, d'épidémie ; mais il est rare, néanmoins, de rencontrer des cas d'érythème scarlatiniforme isolés. Généralement on en trouve deux ou trois consécutifs. Cela signifie simplement, que par les précautions prises, on évite la contagion, car l'on conçoit, avec quelle fréquence, relative évidemment, il peut entrer dans un pavillon de diphtérie de petits malades en incubation de scarlatine. C'est une erreur impossible à

éviter, par exemple lorsqu'il s'agit d'une angine diphtérique scarlatineuse, ou même d'une simple angine blanche ou pseudo-membraneuse, sans aucune éruption.

Le rêve serait assurément d'isoler pendant un certain temps tout malade entrant à l'hôpital. Malheureusement le manque de place empêche ces mesures préventives, et l'on a beau même isoler, au pavillon de la diphtérie, un diphtérique suspect, que déjà les chances de contagion sont fortement augmentées.

Telle est la grosse difficulté de conserver indemne de scarlatine un pavillon de diphtériques.

Est-ce parce qu'à l'hôpital Bretonneau on a redoublé de vigilance à ce point de vue, et que l'on a soigneusement écarté presque tous les érythèmes scarlatiniformes (nous ne trouvons en effet que 7 érythèmes conservés en 3 ans 1/2) que notre statistique est inférieure à celles des divers auteurs ? Nous le croyons, car alors que nous trouvons 1,89 % d'érythèmes scarlatiniformes sur le nombre des entrées, Dubreuilh trouve 2,36 %, Lobligois 2,90 %, Moussous 5,26 %, pour ne citer que quelques chiffres. Et encore, nous ne savons exactement ce que ces auteurs ont englobé sous le nom d'érythèmes scarlatiniformes. Quant à nous, nous comprenons dans nos 33 cas, les scarlatines et les érythèmes, ce qui rend probablement en réalité notre chiffre encore bien inférieur.

Cet exposé est incontestablement un argument puissant en faveur de notre hypothèse, et établit, tout au moins, une notion de contagiosité évidente.

On objectera peut-être à nos observations et à notre argumentation en général, que le plus souvent ce n'est pas tout à fait la marche normale d'une scarlatine que l'on voit se dérouler au cours de l'érythème scarlatiniforme ; il vous faut faire appel aux formes anormales de cette affection, nous dira-t-on. N'oublions pas, que c'est une maladie qui évolue sur une diphtérie, sur une rougeole. Le sérum lui-même, incapable sans doute de provoquer cet érythème, est assurément très susceptible d'en modifier ses manifestations. N'avons-nous pas observé nombre de fois, deux éruptions consécutives, l'une scarlatiniforme, l'autre ortiée ? C'est donc sur un organisme fortement troublé que la scarlatine va évoluer ; rien de plus naturel alors, qu'elle prenne quelques caractères particuliers.

Comment expliquer maintenant la plus grande fréquence de l'érythème scarlatiniforme, depuis l'emploi du sérum ? Le Prof^r Marfan ne la croit qu'apparente. Autrefois la mort interrompait bon nombre de diphtéries ; et le sérum, dit-il, en a fait une maladie nouvelle. Il nous a permis, en effet, d'observer des accidents, comme le « syndrome secondaire de la diphtérie maligne de Marfan » ou les paralysies, qui, rares avant son emploi, font, que les descriptions des anciens auteurs sont aujourd'hui insuffisantes et incomplètes.

De toute cette discussion et de nos observations (nous n'avons point, bien entendu, la prétention de trancher la question), il ressort que rien actuellement ne permet

de considérer l'érythème scarlatiniforme comme une maladie ayant une autonomie propre, ou comme une complication infectieuse banale venant se greffer sur une diphtérie ou une fièvre éruptive.

Mais d'autre part son caractère épidémique, par conséquent sa contagiosité, nous paraissent être suffisamment établis. Dans ces conditions, il est tout à fait rationnel, pour le moment tout au moins, de le regarder comme une véritable scarlatine.

On peut ne point partager cette opinion ; nous pensons néanmoins avoir apporté à l'appui, des arguments sérieux ; et, elle nous semble d'autant plus intéressante à soutenir, qu'elle conduit à des considérations pratiques de prophylaxie, de la plus haute importance.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

La conduite à tenir vis-à-vis de ces érythèmes découle d'elle-même, de l'idée que nous nous en faisons.

Il faut tout d'abord isoler le malade d'une façon complète, afin d'éviter toute chance de contagion.

Dans le milieu hospitalier, nous conseillons les mesures que nous avons vues toujours prendre : soit, passer l'enfant, s'il s'agit d'un diphtérique, au pavillon des compliqués ou de la scarlatine ; soit, si l'on a quelques doutes, au pavillon des douteux. De plus, il est très sage d'isoler, comme le préconise le Prof^r Marfan, tous les entrants tant soit peu suspects de scarlatine, pendant 4 ou 5 jours, avant de les admettre au pavillon de la diphtérie ou ailleurs. Pour cela, on se basera sur la notion d'épidémicité, suivant qu'il y a des cas de scarlatine ou non, dans l'entourage du malade. Toute angine, quelle qu'elle soit, rouge, blanche ou pseudo-membraneuse ; tout état plus ou moins fébrile avec vomissements

sans cause apparente, seront isolés et soigneusement mis en observation.

C'est en observant rigoureusement ces principes que MM. les D^{rs} Boulloche et Guinon sont arrivés aux résultats que nous signalons, et ils ne sont pas les seuls, puisque le Prof^r Marfan constate, depuis ces précautions, une diminution considérable des érythèmes scarlatini-formes dans son service de diphtérie, alors que les érythèmes ortiés sont restés toujours aussi fréquents.

Quant au traitement lui-même, il sera celui de la scarlatine. L'angine, quand elle existe, sera traitée par des lavages à l'eau bouillie, ou l'eau oxygénée coupée de moitié ou des deux tiers d'eau, et neutralisée avec de l'eau de Vichy. On emploiera également le permanganate de potasse en solution étendue au $\frac{6}{1.000}$ ou $\frac{8}{1.000}$.

Les signes généraux étant le plus souvent bénins, on se contentera de mettre le malade au régime lacté, avec boissons et tisanes variées. On pourra également administrer une légère purgation : huile de ricin, eau de Sedlitz, ou calomel.

Dans les cas graves, on aura recours alors à la balnéation : les bains seront donnés à la température de 28° à 35° suivant l'élévation thermique. On soutiendra le cœur avec la caféine ou mieux avec V à X gouttes par jour d'une solution d'adrénaline au $\frac{1}{1.000}$. L'huile camphrée à haute dose sera employée pour lutter contre le

collapsus et les phénomènes adynamiques. On donnera également de l'alcool et de l'acétate d'ammoniaque en potion.

Si au contraire, la fièvre s'accompagne de délire, d'agitation, le chloral à la dose de 1 à 3 grammes, suivant l'âge, sera prescrit en lavement, additionné d'un jaune d'œuf.

Enfin, on tentera encore les injections intra-veineuses de collargol ou mieux d'électrargol, qui là, pas plus que, d'ailleurs, dans d'autres infections générales, ne nous a donné que des résultats bien inconstants.

S'il survient des complications suppurées, elles seront soumises, comme dans la scarlatine, au traitement chirurgical (incision des abcès, trépanation de la mastoïde, etc.)

OBSERVATIONS

Parmi les observations que nous rapportons ici, il nous faut distinguer divers groupes :

LE 1^{er} GROUPE comprend des angines diphtériques ou non, au cours desquelles sont survenus des érythèmes considérés comme des scarlatines, et passées dès lors, au Pavillon de la Scarlatine.

LE 2^e GROUPE contient, au nombre de 7, les seuls cas d'érythème scarlatiniforme en 3 ans 1/2 qui aient été conservés au Pavillon de la Diphtérie, comme n'étant pas probablement de nature infectieuse.

LE 3^e GROUPE comporte une série d'érythèmes scarlatiniformes survenus au cours de la rougeole.

Nous rapportons également un cas d'érythème scarlatiniforme apparu pendant la convalescence d'une scarlatine (obs. XXV).

1^{er} GROUPE

Érythèmes scarlatiniformes considérés comme scarlatines et passés du Pavillon de la Diphtérie au Pavillon de la Scarlatine.

OBS. I. — W..., Charlotte, 8 ans.

Entrée le 19 décembre 1910 au pavillon Bouchut.

Malade depuis 3 jours. Début marqué par des vomissements, de la fièvre et depuis la veille, *angine*.

19 décembre 1910. — Temp. 39°5. Injection de 40 cc. de sérum de Roux.

20 décembre. — *Éruption scarlatiniforme généralisée.*
Temp. 38°5.

L'enfant est passée au Pavillon de la Scarlatine.

23 décembre. — Température normale.

Cours normal de l'affection.

Desquamation.

Pas d'albumine dans les urines.

25 janvier 1911. — Sortie de l'enfant guérie.

OBS. II. — M. . . , Lucienne, 12 ans.

Entrée le 30 juillet 1910 à la Diphtérie.

A eu la rougeole et la varicelle à l'âge de 3 ans.

Malade depuis 2 jours.

Début par fièvre et *angine*.

Examen bactériologique : Gorge : Loëffler moyen ; nez : Loëffler court.

30 juillet 1910. — Temp. 39°5. Injection de 40 cc. de sérum de Roux.

31 juillet. — Temp. 39°5.

2 août. — Temp. 38°5. 2^e injection de 40 cc. de sérum.

5 — Temp. 37°2.

7 — Temp. 38°5.

9 — Temp. 37°8. *Érythème scarlatiniforme généralisé.*

La malade est passée au Pavillon de la Scarlatine.

11 août. — Température normale.

Desquamation.

Pas d'albumine dans les urines.

19 septembre 1910. — Sortie de la malade.

Dans cette observation, il est intéressant de noter que l'apparition de l'érythème scarlatiniforme 10 jours après l'injection de sérum, a été précédée 2 jours avant, d'une température de 38°5, et que celle-ci n'était que de 37°8, au moment de l'éruption.

Obs. III. — D..., Juliette, 4 ans 1/2.

Entrée le 11 juin 1910 à la Diphtérie.

A eu la rougeole à 3 ans 1/2.

Malade depuis la veille avec fièvre et *angine*. Vomissements et diarrhée.

Examen bactériologique : gorge : Streptocoque.

11 juin 1910. — Temp. 40°. Injection de 30 cc. de sérum.

12 — Temp. 40°4. *Erythème scarlatiniforme généralisé*.

Passage à la Scarlatine.

14 juin. — Temp. 40°. Sur les amygdales et la luette, fausses membranes blanc grisâtre.

Nécrose de la luette.

Volumineux ganglions parotidiens durs au toucher.

Pouls rapide et petit.

Grand abattement de la petite malade. Nouvelle injection de 40 cc. de sérum.

Injection de 5 cc. d'électrargol.

16 juin. — Même état s'aggravant.

19 juin 1910. — Temp. 40°2. La malade succombe.

Il s'agit ici vraisemblablement d'une scarlatine maligne, sans d'ailleurs association de diphtérie.

Obs. IV. — T..., Marius, 6 ans 1/2.

Entrée à la Diphtérie le 5 mars 1911.

A eu la rougeole.

Malade depuis 3 jours. Toux rauque. Voix éteinte. Léger tirage.

Examen bactériologique : gorge : Staphylocoque.

5 mars 1911. — Temp. 38°5. Injection de 40 cc. de sérum.

6 — 2° injection de 60 cc. de sérum.

14 — Temp. 39°. *Érythème scarlatiniforme*. Passage au Pavillon de la Scarlatine.

La maladie évolue comme une scarlatine normale.

Desquamation.

Pas d'albumine dans les urines.

13 avril 1911. — Sortie de l'enfant guéri.

OBS. V. — B. . , Blanche, 5 ans 1/2.

Entrée à la Diphtérie le 9 mars 1911.

A eu la rougeole.

Malade depuis la veille avec fièvre et *angine*.

9 mars 1911. — Temp. 39°9. Injection de 40 cc. de sérum.

10 — Temp. 39°6. *Érythème scarlatiniforme*.

Passage au Pavillon de la Scarlatine.

Quelques traces d'albumine.

15 mars. — Température normale. *Desquamation*.

26 mars. — Temp. 37°. *Érythème ortié*.

27 avril 1911. — Sortie de l'enfant guérie.

Dans cette observation, nous notons deux éruptions : l'une le lendemain de l'injection de sérum, scarlatiniforme, fébrile avec albuminurie, suivie de desquamation, qui a vraiment toutes les apparences d'une scarlatine ; l'autre, ortiée, survenue 17 jours après l'injection, sans élévation thermique, qui a tous les caractères d'un accident sérique.

OBS. VI. — R. . . , Maria, 6 ans 1/2.

Entrée à la Diphtérie le 20 mars 1911.

A eu la varicelle.

Malade depuis 8 jours. Tirage et accès de suffocation.

Examen bactériologique : gorge : Staphylocoque.

20 mars 1911. — Temp. 39°. Tubage. Injection de 60 cc. de sérum.

21 mars. — 2^e injection de 40 cc. de sérum.

22 — 3^e injection de 40 cc. de sérum.

Temp. 38°2.

Détubage.

23 mars. — 4^e injection de 40 cc. de sérum.

Temp. 37°9,

25 mars. — Temp. 37°. *Érythème scarlatiniforme*.

Passage à la Scarlatine.

30 mars — Cours normal de l'affection. Pas d'albumine.

3 avril. — Temp. 38°6. *Érythème ortié*, qui disparaît rapidement.

Dans la suite, l'enfant est atteinte de coqueluche.

Desquamation.

6 mai 1911. — Sortie de l'enfant guérie.

Dans ce cas, nous notons encore l'apparition successive de deux érythèmes de caractères différents : le premier, scarlatiniforme, survenu seulement 5 jours après l'injection de sérum, sans aucune élévation thermique ; le second, ortié, le 14^e jour, avec une température de 38°6.

Il s'agit encore ici d'une scarlatine probable, puisque l'enfant a desquamé, et que le cas s'est présenté au milieu d'une véritable épidémie.

Obs. VII. — D. . . , Julienne, 11 ans.

Entrée à la Diphtérie le 21 mars 1911.

A eu la rougeole à l'âge de 18 mois et la coqueluche à l'âge de 5 ans. Sujette aux maux de gorge.

Depuis 8 jours se plaint de la gorge. Vomissements et constipation.

Examen bactériologique : gorge : Loëffler long.

21 mars 1911. — Temp. 38°. Injection de 60 cc. de sérum.

22 — Temp. 38°5. 2^e injection de 40 cc. de sérum.

23 — Temp. 38°. 3^e injection de 40 cc. de sérum.

27 — Phlegmon de l'amygdale que l'on est obligé d'inciser.

28 mars: — Temp. 38°1. *Éruption scarlatiniforme.*

Passage à la Scarlatine.

Traces d'albumine.

10 avril. — Température normale. *Desquamation.*

2 mai 1911. — Sortie de l'enfant guérie.

OBS. VIII. — D. . ., Marcel, 2 ans.

Entrée à la Diphtérie le 22 mars 1911.

Malade depuis 8 jours. Toux rauque avec convulsions.

Depuis la veille, tirage.

Examen bactériologique : gorge : Staphylocoque.

22 mars 1911. — Temp. 30°5. Tubage. Injection de 20 cc. de sérum.

23 mars. — 2^e injection de 40 cc. de sérum.

24 — Temp. 40 2. *Erythème ortié.*

25 — Temp. 39°5. Détubage.

28 — Temp. 40°4. *Eruption scarlatiniforme.*

Passage au Pavillon de la Scarlatine.

Pouls rapide.

Etat de prostration grave. Injection d'huile camphrée.

29 mars. — Mort de l'enfant.

Ici nous observons encore deux éruptions, mais à l'inverse des autres cas, la manifestation sérique s'est montrée la première, 2 jours après l'injection de sérum. C'est au 6^e jour qu'est apparue l'éruption scarlatiniforme et la mort survenue le lendemain, nous fait penser qu'il s'agit, dans ce cas, d'une scarlatine maligne à forme presque foudroyante.

OBS. IX. — R. . ., Andrée, 20 mois.

Entrée au Pavillon de la Diphtérie le 25 mars 1911.

Enfant malade depuis la veille. *Angine* avec rejet de fausses membranes.

Examen bactériologique. — Gorge : Loëffler et staphylocoque.

25 mars 1911 — Temp. 37°8. Injection de 20 cc. de sérum.

26 — 2^e injection de 40 cc. de sérum.

27 — Temp. 40°. 3^e injection de 40 cc. de sérum.

Erythème scarlatiniforme et passage au Pavillon de la Scarlatine.

Pas d'albumine.

29 mars. — Température oscille entre 38° et 39°.

3 avril. — *Erythème ortié.*

8 — Temp. 39°.

Pouls rapide, régulier, mais avec tendance à l'embryocardie.

Adénopathie volumineuse cervicale bi-latérale.

20 avril. — Température se maintient aux environs de 38°.

Desquamation.

29 avril. — Temp. 40° par suite de la suppuration des masses ganglionnaires que l'on est obligé d'inciser.

11 mai 1911. — Sortie de l'enfant en pleine convalescence.

Notons encore ici l'existence de deux éruptions, infectieuse et sérique, et la présence de complications suppurées qui vient confirmer le diagnostic de véritable scarlatine.

Les 6 observations précédentes ont été relevées en l'espace de 14 jours. Qu'il s'agisse de scarlatines vraies, cela n'est pas douteux, malgré les anomalies que nous constatons : apyrexie (obs. VI), existence de deux éruptions successives et différentes (obs. V, VI, VIII, IX).

OBS. X. — C..., Louis, 4 ans.

Entrée à la Diphtérie le 1^{er} avril 1911.

Malade depuis deux jours avec fièvre, vomissements et *angine*.

1^{er} avril 1911. — Temp. 39°. Injection de 40 cc. de sérum.

2 — 2^e injection de 40 cc. de sérum.

14 — Temp. 39°4. *Eruption scarlatiniforme* et passage à la Scarlatine.

22 avril. — *Desquamation.*

Pas d'albumine.

28 mai 1911. — Sortie de l'enfant guéri.

OBS. XI. — H..., Maurice, 4 ans.

Entrée à la Diphtérie le 15 avril 1911.

Malade depuis 3 jours. *Angine*, vomissements et constipation.

- 15 avril 1911. — Temp. 39°5. Injection de 40 cc. de sérum.
16. — Temp. 40°. *Eruption scarlatiniforme généralisée.*
Passage au Pavillon de la Scarlatine.
25 avril. Température normale.
Desquamation.
Pas d'albumine.
24 mai 1911. — Sortie de l'enfant guéri.

Obs. XII. — R . . , Armande, 4 ans 1/2.

Entrée à la Diphtérie le 8 mai 1911.

Malade depuis 2 jours avec *angine* et toux rauque.

8 mai 1911. — Temp. 38°8. Injection de 40 cc. de sérum.

10 — Temp. 38°. 2^e injection de 20 cc. de sérum.

12 — Temp. 37°. L'angine est presque terminée.

16 — Temp. 39°8. Vomissements.

Erythème scarlatiniforme généralisé.

Passage au Pavillon des Douteux.

Pas d'albumine.

20 mai. — Début de *desquamation*.

30 juin 1911. — Sortie de l'enfant guérie.

Toutes ces observations ne sont pas discutables, pensons-nous, au point de vue de la nature de l'éruption scarlatiniforme.

Comparons-les maintenant à celles qui vont suivre et qui sont des érythèmes scarlatiniformes sur lesquels on s'est montré beaucoup plus réservé.

2. GROUPE.

Erythèmes scarlatiniformes conservés au Pavillon de la Diphtérie comme n'étant pas suspects.

OBS. XIII. — V..., Albert, 6 ans.

Entrée au Pavillon de la Diphtérie le 5 février 1908.

A eu la coqueluche. Rougeole il y a huit mois, suivie de broncho-pneumonie.

Depuis 2 jours, laryngite.

Vomissements depuis la veille.

Examen bactériologique. — Gorge : Loëffler long.

5 février 1908. — Temp.: 38°4. Injection de 30 cc. de sérum.

9 — Temp. 39°. *Erythème scarlatiniforme généralisé.*

12 — Température oscillant entre 37°8 et 38°2.

14 — *Erythème ortié* surtout localisé à la face.

15 — Cet érythème disparaît rapidement.

Pas de desquamation.

Pas d'albumine.

16 février 1908. — Sortie du malade guéri.

Notons encore ici la présence des 2 éruptions : l'érythème ortié est survenu 9 jours après l'éruption. C'est le délai normal de l'accident sérique.

L'érythème scarlatiniforme, au contraire, est apparu dès le 4^e jour avec température à 39°. Sans doute, nous ne relevons point de desquamation ; mais étant donnés leurs caractères si différents, n'y a-t-il pas lieu d'attribuer à ces deux exanthèmes une origine distincte, et de penser que nous sommes bien en présence d'une scarlatine fruste ?

Obs. XIV. — B. . ., Emilie, 5 ans.

Entrée au Pavillon de la Diphtérie le 8 février 1908.

Malade depuis 6 semaines.

Léger tirage depuis la veille. A reçu une injection de 40 cc. de sérum.

Examen bactériologique. — Gorge : Loëffler long.

8 février 1908. — Injection de 40 cc. de sérum.

10 — Temp. 37°5. 2^e injection de 20 cc. de sérum.

15 — Temp. 38°6. *Erythème scarlatiniforme léger.*

16 — 3^e injection de 20 cc. de sérum.

18 — *Pas de desquamation.*

20 — Sortie de la malade guérie.

Remarquons que dans l'observation précédente et dans celle-ci, les deux éruptions scarlatiniformes sont apparues à 6 jours d'intervalle, et qu'il n'est pas impossible que l'une ne soit sous la dépendance de l'autre. Il suffit d'ailleurs de se reporter aux dates.

Obs. XV. — B. . ., Solange, 3 ans.

Entrée à la Diphtérie le 12 mars 1909.

Malade depuis 3 jours. Se plaint de la gorge avec vomissements et constipation.

Examen bactériologique. — Gorge : Loëffler long.

12 mars 1909. — Temp. 38°5. Injection de 30 cc. de sérum.

15 — Temp. 39°6. *Erythème scarlatiniforme.*

Pouls à 144 pulsations.

20 mars. — Température normale.

Pas de desquamation.

Quelques traces d'albumine.

4 avril 1909. — Sortie de la malade guérie.

L'éruption est survenue ici 3 jours après l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire après l'injection de sérum. Le délai est un peu court pour invoquer l'action du sérum,

et précisément le 15 mars 1909, on passait au pavillon Triboulet (scarlatine) une scarlatine, chez un malade entré le 13 mars, c'est-à-dire deux jours avant, à la Diphtérie. C'est peut-être ainsi que la contagion a pu s'opérer.

Obs. XVI. — D. . . , Gabrielle, 7 ans.

Entrée à la Diphtérie le 14 juin 1910.

Atteinte de rougeole depuis 3 jours avec *angine* et léger tirage.

Examen bactériologique. — Gorge : Loëffler moyen.

14 juin 1910. — Temp. 39°5. Tubage. Injection de 40 cc. de sérum.

16 — Temp. 38°5. 2^e Injection de 40 cc. de sérum.

17 — Détubage.

18 — Temp. 38°. 3^e injection de 20 cc. de sérum.

21 — Temp. 39°.

22 — Temp 39°2. *Erythème scarlatiniforme généralisé.*

25 — Température oscillant entre 38° et 39°.

Erythème ortié.

27 juin — Temp. 38°5. 4^e injection de 40 cc. de sérum.

Pas de desquamation.

7 juillet. — Temp. 37°.

La convalescence est très longue, sans rien de particulier à signaler.

29 août 1910. — Sortie de la malade guérie.

Cette observation est à rapprocher de l'obs. XIII et peut être interprétée de la même façon.

Obs. XVII. — L. . . , Edmond, 5 ans 1/2.

Entrée à la Diphtérie le 3 juin 1910.

Malade depuis 2 jours avec fièvre et *angine*.

23 juin 1910. — Temp. 39°4. Injection de 40 cc. de sérum.

24 — Temp. 37°5. 2^e injection de 20 cc. de sérum.

Albumine dans les urines.

- 26 juin. — Temp. 37°. 3^e injection de 20 cc. de sérum.
 4 juillet. — Temp. 38°. *Erythème scarlatiniforme généralisé.*
 5 — Temp. 38°5. Pouls rapide.
 Etat général mauvais.
 7 — Temp. 39°5. Etat grave. *Pas de desquamation.*
 9 — Temp. 40°. Les parents emmènent l'enfant à cause de la gravité de l'état.

Dans cette observation tout porte à croire qu'il s'agit d'une scarlatine maligne, s'étant greffée sur l'angine diphtérique. Il est à remarquer en outre que l'éruption n'est apparue que 12 jours après celle de l'observation précédente.

Ce sont là deux cas *consécutifs* d'érythème scarlatiniforme.

- Obs. XVIII. — L., Lucienne, 5 ans 1/2.
 Entrée à la Diphtérie le 25 février 1911.
 Frère atteint de diphtérie.
 Malade depuis trois jours.
 Examen bactériologique : gorge et nez : Loëffler moyen.
 25 février 1911. — Temp. 38°7. Injection de 40 cc. de sérum.
 27 — Temp. 38°. Deuxième injection de 40 cc. de sérum. Albuminurie.
 28 février. — Apparition d'une paralysie du voile. Injection d'électrargol.
 1^{er} mars. — Temp. 37°6. Troisième injection de 50 cc. de sérum.
 On soutient l'enfant avec de la spartéine et de l'adrénaline.
 10 mars. — Temp. 37°. Pouls rapide.
 Etat général mauvais.
 Traces d'albumine dans les urines.
 15 mars. — Vomissements.
 17 — Temp. 37°6. *Erythème scarlatiniforme.* Albumine très abondante dans les urines.

27 mars. — L'enfant traîne, avec une température normale, mais le pouls est toujours rapide.

Pas de desquamation.

7 avril. — Temp. 38°.

Dyspnée avec cyanose de la face.

A l'auscultation, râles fins disséminés dans les deux poumons.

11 avril. — Temp. 39°8. Pouls rapide mais régulier.

Etat grave avec dyspnée intense et cyanose.

Albumine en grande quantité.

13 avril 1911. — Temp. 39°6. Mort de la malade.

Il faut remarquer dans cette observation l'apparition vraiment très tardive de l'érythème scarlatiniforme. C'est seulement 17 jours après la première injection de sérum qu'elle s'est manifestée. Le taux de l'albumine s'est en même temps considérablement élevé ; mais il n'y a là peut-être qu'une coïncidence, car nous sommes en présence ici d'une diphtérie grave, au cours de laquelle les phénomènes d'intoxication ont prédominé durant la maladie.

Notons que l'éruption est survenue le 17 mars 1911 et que c'est le 14 mars 1911, qu'était passé à la Scarlatine, le malade de l'observation IV.

Obs. XIX. — M..., Jean, 16 mois.

Entrée à la Diphtérie le 3 juin 1911.

Malade depuis 2 jours. Toux rauque et léger tirage.

Examen bactériologique : gorge : Loëffler moyen.

3 juin 1911. — Temp. 38°7. Tubage. Injection de 40 cc. de sérum.

4 — 2° injection de sérum.

8 — Temp 38°. Détubage.

9 — Temp. 38°3. Retubage.

10 — Temp. 38°5. *Erythème scarlatiniforme.*

13 — Détubage.

ROBERT.

Pas de desquamation.

20 juin 1911. — Sortie de l'enfant guéri.

Au sujet de cette observation nous ne pouvons nous en tenir qu'aux renseignements qui précèdent, car c'est à cette date que s'arrêtent nos recherches.

*
* *

Voici maintenant quelques autres observations qui sont à rapprocher des nôtres, et qui montrent bien à quel point, l'interprétation de ces éruptions scarlatiniformes est difficile et délicate.

OBS. XX (HARTUNG). — Br..., Marthe, 4 ans 1/2.

Diphthérie pharyngo-laryngée. Injection le 27 juin 1895 avec du sérum n° 2.

Erythème (sérique ou scarlatineux ?) le 21^e jour après l'injection (25^e jour de la maladie) : *érythème granité* (sur le tronc, les extrémités supérieures et inférieures, de trois jours de durée). *Pas de desquamation*. Fort abattement pendant l'éruption le premier jour, rougeur des amygdales et des piliers du voile du palais. Du 2^e au 5^e jour, enduit léger sur les amygdales. *Langue dépouillée*. Pouls fréquent. Du 3^e au 6^e jour traces d'albumine dans les urines. Température élevée pendant 5 jours : élévation progressive en 2 jours 1/2 jusqu'à 40°5, et commençant la veille de l'éruption. Maximum le 3^e jour, Puis chute en 2 jours.

Sortie le 27 juillet améliorée.

Il est impossible de décider du diagnostic réel.

OBS. XXI (LOBLIGEOIS). — Sauv..., Isabelle, 4 ans 1/2.

Entrée le 4 février 1901 au pavillon Bretonneau.

Malade depuis 3 jours.

Examen bactériologique : sérum : Loëffler court, moyen et long.

Examen clinique : *angine diphthérique* pure de moyenne intensité ; muqueuse buccale rouge. Pas de sécrétion.

Rien au nez ni au larynx.

Engorgement ganglionnaire bilatéral.

4 février. — 20 cent. cubes Roux.

6 — 20 cent. cubes Roux.

8 — *Eruption scarlatiniforme.*

9 — L'éruption persiste, très accentuée sur le tronc et les membres inférieurs.

10 février. — L'éruption persiste, la langue commence à se dépouiller sur les bords. *Desquamation* du tégument cutané.

La température, après avoir atteint 39°4 le jour de l'entrée et être tombée brusquement à la normale, les 5, 6 et 7 février, est remontée brusquement le matin du 9 pour retomber progressivement à la température normale qu'elle atteint le 12 au matin.

Sortie le 12 février. Le diagnostic est resté en suspens, on s'est décidé pour l'érythème scarlatiniforme malgré la desquamation du tégument et de la langue.

OBS. XXII (LOBLIGEON). — Diz..., Suzanne, 9 ans.

Entrée le 20 février 1901 au pavillon Bretonneau, malade depuis 2 jours.

Examen bactériologique : sérum : Loëffler très long, streptocoque.

Examen clinique : diphtérie associée ; fausses membranes très étendues.

Muqueuse buccale rouge. Pas de sécrétion.

Adénite cervicale bilatérale volumineuse avec œdème du cou.

Jetage séro-sanguinolent de la narine gauche.

Rien au larynx.

Pâleur ; abattement.

Albumine dans les urines.

40 cent. cubes Roux, le 20 février.

21 février. — 20 cent. cubes Roux (apyrexie).

22 — 20 cent. cubes Roux.

23 — 10 cent. cubes Roux.

Les fausses membranes sont tombées, mais la luette est un peu sphacélée, et il reste quelques érosions couvertes de couennes sur la muqueuse des amygdales et du voile du palais.

Bon état général.

1^{er} mars. — *Eruption scarlatiniforme* (La température est normale).

2 mars. — Gorge rouge ; urticaire.

4 — L'éruption a disparu (apyrexie pendant tout le temps de sa durée).

17 mars. — *Desquamation légère*, mais très nette, au niveau de la face interne des cuisses, dans les plis des aines, et sur les parties latérales du bassin. Toute la partie antérieure du tronc est couverte de petites squames, l'extrémité des doigts desquame également. Le dos ne desquame pas.

Cet érythème avait été considéré comme étant d'origine probablement sérique. Cette observation diffère pourtant peu, de notre observation VI qui est une scarlatine véritable.

OBS. XXIII (LOBLIGEIS). — Pot. . . , Marcelle, 5 ans 1/2.
Entrée le 23 janvier 1901 au pavillon Bretonneau.

Angine associée avec fausses membranes étendues, et jetage nasal.

23 janvier. — 20 cent. cubes Roux.

— Temp. 38°.

24 — Temp. 38°. 20 cent. cubes Roux.

25 — Temp. 39°.

26 — Temp. 39°.

27 — *Eruption scarlatiniforme généralisée*, surtout marquée sur le ventre et le dos.

Langue rouge non dépouillée.

28 janvier. — Temp. 38°.

29 — Temp. 38°.

30 — Langue dépouillée ; on admet qu'il y a scarlatine.
Température normale.

Sortie le 7 février *sans desquamation*. La scarlatine reste donc douteuse.

Obs. XXIV (LOBLIGEIS). — Ad..., Germaine, 6 ans.
 Entrée le 16 juin 1900 au pavillon Bretonneau.
 Angine pure à Loëffler court.
 16 juin. — 30 cc. de sérum de Roux.
 17 et 18 juin. — Temp. 38°.
 19 juin. — Temp. 39°6, matin et soir. *Eruption*.
 21 — Langue rouge dépouillée. Température à grandes oscillations jusqu'au 25.
 22 juin. — Albumine en grande quantité dans les urines.
 Sortie *sans desquamation* le 28 juin.
 On a conclu ici à une scarlatine probable.

*
* *

Avant d'aborder notre 3^e groupe d'observations, voici le cas d'érythème dont nous avons parlé, survenu au cours d'une scarlatine :

Obs. XXV. — L..., Jacqueline, 2 ans.
 Entrée au Pavillon des Compliqués le 9 juin 1911.
 Frère atteint de scarlatine.
 Son éruption de scarlatine date de 15 jours. Elle est atteinte de mastoïdite.
 9 juin 1911. — Temp. 38°7. Injection de 30 cc. de sérum. Pas d'angine, mais adénopathie.
 10 juin. — Opération de la mastoïdite.
 20 — Température normale.
 28 — Temp. 39°4. *Erythème scarlatiniforme généralisé*.
 29 — Temp. 37°.
 Les jours suivants la température a suivi une marche oscillante due aux suites de la mastoïdite.
 Nous n'avons pas noté *trace de desquamation* et la malade continue à être soignée pour sa complication.

La scarlatine est ici non douteuse : un frère en était atteint ; l'éruption datait de 15 jours lors de l'entrée à

l'hôpital, la malade présentait en plus, une otite compliquée de mastoïdite. Or 19 jours après l'injection de sérum, la température jusqu'ici normale s'élève brusquement à $39^{\circ}4$ pour retomber à la normale, le lendemain, s'accompagnant d'une nouvelle éruption scarlatiniforme généralisée.

N'y a-t-il pas vraiment lieu de croire ici que l'on est en présence d'une de ces formes à rechutes, signalées par tous les auteurs et qu'il n'est nullement besoin d'incriminer l'injection de sérum ?

3^e GROUPE

Érythèmes scarlatiniformes observés au cours de la rougeole (Pavillon de la Rougeole).

Obs. XXVI. — T. . . , Madeleine, 9 ans $1/2$.

Entrée au Pavillon des Douteux le 4 juin 1911.

Malade depuis 2 mois. Mais depuis plusieurs jours, elle tousse, saigne du nez et présente du coryza avec larmolement.

4 juin 1911. — Temp $39^{\circ}5$. Injection préventive de 20 cc. de sérum de Roux.

Éruption qui n'est pas absolument typique. Elle est rubéolique sur le tronc, sur la face et sur les membres supérieurs. Mais au milieu de l'abdomen et des membres inférieurs l'exanthème prend plutôt le type scarlatiniforme. Au niveau du pharynx apparaît nettement un exanthème chagriné, mais on ne trouve point sur la face interne des joues, de taches de Koplick.

7 juin. — Temp. $37^{\circ}2$. On passe alors l'enfant au Pavillon de la Rougeole, car on apprend qu'elle sort d'une pension licenciée pour une épidémie de rougeole.

14 juin. — Temp. 39° . *Érythème scarlatiniforme* apparaît siégeant au niveau du tronc, de l'abdomen et des 4 membres.

Gorge simplement rouge *sans angine*.

L'enfant n'a pas vomé.

15 juin. — Temp. 38°5.

20 — Érythème très diminué.

Langue normale.

Pas d'albumine dans les urines.

25 juin. — Temp. 37°.

Pas trace de desquamation.

Langue pas dépouillée.

29 juin 1911. — Sortie de l'enfant guérie.

Obs. XXVII. — M. . . , Renée, 3 ans 1/2.

Entrée au Pavillon de la Rougeole le 10 juin 1911.

Malade depuis 10 jours avec toux, coryza, larmolement et constipation.

Éruption de rougeole datant depuis 6 jours.

10 juin 1911. — Temp. 38°5. Injection de 20 cc. de sérum.

Éruption morbillieuse typique.

Pas d'angine.

15 juin. — Temp. 37°.

22 — Temp. Érythème scarlatiniforme généralisé.

Vomissements.

Pas d'exanthème, ni de rougeur de la gorge.

Pas d'albumine.

30 juin. — Température normale.

Aucune desquamation.

6 juillet 1911. — Sortie de l'enfant guérie.

Obs. XXVIII. — L. . . , Florienne, 7 ans.

Entrée au Pavillon de la Rougeole le 12 juin 1911.

A eu la varicelle et la coqueluche.

Malade depuis plusieurs jours, avec toux, coryza, larmolement et vomissements

Éruption de rougeole datant de 3 jours.

12 juin 1911. — Temp. 38°8. Injection préventive de 20 cc. de sérum.

13 juin. — Temp. 38°2.

14 juin. — Temp. 37°.

18 — Température reste normale.

20 — Temp. 39°. *Érythème scarlatiniforme généralisé.*

Langue très rouge.

Gorge également très rouge.

Vomissements.

Pas d'albumine dans les urines.

22 juin. — Temp 37°8. *Début de desquamation légère au tronc.*

Langue dépouillée.

3 juillet. — Température normale et desquamation terminée.

5 juillet 1911. — Sortie de l'enfant guérie.

OBS. XXIX. — M. . ., René, 18 mois.

Entré au Pavillon de la Rougeole le 16 juin 1911.

Malade depuis quelques jours.

Éruption de rougeole datant de la veille.

16 juin 1911. — Temp. 39°2. Injection de 40 cc. de sérum.

Éruption morbillieuse typique.

Gorge rouge sans angine

17 juin. — Temp. 38°.

20 — Température le matin 37°3. Mais le soir monte à 40° et en même temps un *érythème scarlatiniforme* apparaît sur tout le corps.

Gorge très rouge. *Angine légère.*

Adénopathie cervicale.

Pouls irrégulier. Rapide.

État de prostration extrême.

2^e injection de 40 cc. de sérum de Roux.

On a recours aux injections d'huile camphrée et d'électrargol.

21 juin 1911. — Temp. 41°3.

L'enfant succombe dans la matinée.

OBS. XXX. — L. . ., Henri, 22 mois.

Entré au Pavillon de la Rougeole le 19 juin 1911.

Éruption de rougeole datant de la veille

19 juin 1911. — Temp. 39°5 Injection de 20 cc de sérum

- 22 juin. — Temp. 37°.
25 — Temp. 39°7. *Érythème scarlatiniforme*.
Gorge légèrement rouge.
Pas de vomissements.
26 juin. — *Quelques éléments urticariens* apparaissent Assez volumineux, disséminés au milieu de l'éruption scarlatiniforme.
30 juin. — Temp. 39°5. Râles fins de broncho-pneumonie.
2 juillet. — Température oscillant entre 38° et 39°.
4 — *Début de desquamation* autour du cou.
10 — Temp. 37°. *Desquamation très nette*.
13 — Otite gauche.
16 juillet 1911. — Sortie de l'enfant guéri.

Obs. XXXI. — L... , Suzanne, 3 ans.
Entrée au Pavillon de la Rougeole le 9 juillet 1911.
Malade depuis la veille avec toux, coryza, larmoiement.
Éruption peu nette
9 juillet. — Temp. 39°6. Injection de 20 cc. de sérum.
13 — Temp. 40°5. *Érythème scarlatiniforme* très marqué, avec prédominance à la face et au tronc.
Gorge peu rouge, *sans angine*.
Vomissements.
14 juillet. — Temp. 40°. Pouls rapide, irrégulier.
Langue dépouillée, rôtie, fuligineuse.
État de prostration.
15 juillet 1911. — Temp. 39°8.
Pas de desquamation.
Devant la gravité de l'état, les parents emmènent l'enfant.

Telle est l'épidémie que nous avons observée. Nous avons déjà longuement insisté sur elle. Mais on pourrait peut-être nous reprocher de n'avoir rapporté là qu'une épidémie banale de scarlatine au cours de la rougeole. Si c'est, au premier abord, l'impression que l'on peut avoir, il suffit d'examiner chacun de ces cas isolément,

pour voir qu'en présence de ces érythèmes, il était permis d'hésiter. Que faut-il, en effet, pour pouvoir affirmer l'existence d'une scarlatine : au moins l'angine, l'éruption fébrile et la desquamation ? Or, dans aucune de nos observations, nous ne trouvons ces symptômes réunis, sauf dans une (obs. XXVIII), et encore la desquamation y a-t-elle été très légère.

Cela vient donc simplement confirmer, avec ce que nous savons déjà, que notre opinion paraît juste, et que cette série d'érythèmes scarlatiniformes généralisés n'est bien en réalité qu'une épidémie de scarlatines frustes ou anormales.

CONCLUSIONS

I. — L'érythème scarlatiniforme généralisé a été décrit comme complication de la diphtérie bien avant l'emploi du sérum antidiphtérique en thérapeutique.

II. — Depuis l'emploi du sérum, sa fréquence plus grande et ses manifestations au milieu des autres érythèmes : ortié, polymorphe, urticarien, ont amené certains auteurs à le considérer comme un accident sérique.

III. — Actuellement sa nature infectieuse semble nettement établie par :

- 1° Son existence avant l'emploi du sérum,
- 2° Son allure clinique.
- 3° Les modifications sanguines qu'il détermine (polynucléose).

IV. — L'hypothèse tendant à l'identifier avec la scarlatine s'appuie sur :

- 1° L'impossibilité clinique de distinguer l'érythème scarlatiniforme de certaines scarlatines frustes ou anormales.
- 2° Les résultats contradictoires des examens de laboratoire qui ne permettent pas davantage de poser un diagnostic différentiel.

- 3° Son apparition en série, ou à la suite de contagion, se manifestant alors, sous la forme d'une véritable épidémie.
- 4° La coexistence possible des complications suppurées.
- 5° Les résultats appréciables, dus aux mesures prophylactiques (isolement).

V. -- Tout érythème scarlatiniforme généralisé et pur (nous entendons par là, indemne de tout autre élément éruptif, ortié, papuleux, morbilliforme) survenant à la suite d'une injection de sérum, doit être considéré, pour le moment du moins, comme une scarlatine vraie (scarlatinoïde du Prof^r Marfan).

VI. — Il doit être isolé et soumis au traitement habituel de la scarlatine.

Vu :

Le Président de la thèse,
MARFAN.

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Alméras. *Les érythèmes scarlatiniformes confondus avec la scarlatine*. Thèse, Paris, 1862.
- Aronstam. Scarlatin and pseudo-scarlatinoid eruptions. Their etiology and differentiation. *Ann. J. Dermatology and Génito Urin. Dis.* St-Louis, 1907, XI, 159-161.
- Asch. Zur Casuistik der Heilserum-Exantheme. *Berliner klinische Wochenschrift* 1894, p. 1152.
- Baginski. Zur serumtherapie der Diphterie. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1894, 1173.
- Beggs (J.-E.). The diagnostic differential of Scarlet fever. *Practitioner*, London, 1909, LXXXII, p. 52-61.
- Biss (H.-E.-J.). The Borderlands of Diphteria and Scarlet fever. *Lancet*, novembre 1903, p. 1285.
- Borde. Les grands accidents du sérum antidiphtérique. *Journal de médecine de Bordeaux*, 7 octobre 1900.
- Börger. Die in der greifswalder Medicinischen Klinik erlangten Resultate mit Behring's Heilserum bei an Diphterie erkrankten Personen. *Deutsche medic. Wochens.*, 1894, n° 48.
- Bourlier. *Des éruptions sériques. Maladies du sérum*. Thèse, Paris, 1906-1907.
- Brown (E.). The diagnostic of Scarlet fever. *Pediatrics*. N.-Y. 1909, XXI, 1-4.
- Chantemesse. Accidents sériques. *Société médicale des Hôpitaux*, 17 mai 1901.
- Clavel. *Eruptions consécutives aux injections de sérum antidiphtérique*. Thèse, Paris, 1904-1905.
- Coldefy. *Accidents du sérum antidiphtérique*. Thèse, Paris, 1902-1903.
- Cousin. *Eruptions post-sériques et traitement par le chlorure de calcium*. Thèse, Paris, 1904-1905.
- Cuff (H.-E.). Notes on the diagnostic of Scarlet fever and diphteria. *Practitioner*. London, 1909, LXXXII, 47-51.

- Detot. *Etude sur les érythèmes infectieux, en particulier sur les érythèmes métadiphthériques et les érythèmes primitifs*. Thèse, Paris, 1904-1905.
- Detot et Bourcart. Recherches sur l'agglutination du streptocoque dans la scarlatine. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, février et mars 1905.
- Dubreuilh. Les exanthèmes sérothérapiques. *Congrès de médecine de Bordeaux*, 1895, p. 808.
- English (D.-E.). The differential diagnosis of Scarlet fever. *J. med. Soc.*, N. J. Orange, 1909-1910, VI, 74-79.
- Ferraby (G.-A.). The diagnosis of Scarlatina. *British Medical Journal*. London, 1905, I, 355.
- Fiessinger. Les éruptions observées au cours des épidémies de scarlatine. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris, 1896, X, 195-197.
- Fleischer. Erythema infectiosum. *Wiener medicinische Wochenschrift*, 1905, n° 42.
- Foix et Mallein. Le streptocoque de la scarlatine et la réaction de fixation. *Presse médicale*, Paris, 1910, XVIII, 215.
- Fourniols. *Sérothérapie antidiphthérique*. Thèse, Paris, 1901-1902.
- François. *Contribution à l'étude de la sérothérapie de la diphtérie*. Thèse, Bordeaux, 1895.
- Galitsis. *Eruptions sériques dans la diphtérie traitée par le sérum*. Thèse, Paris, 1902-1903.
- Galitzky. Emploi du sérum guérisseur de la diphtérie dans la scarlatine, dans sa complication par la diphtérie vraie et dans un but prophylactique. *Zurich med.*, 882, 1907.
- Galliard. Erythèmes scarlatiniiformes et diagnostic de la scarlatine. *Médecine moderne*, Paris, 1894.
- Contribution à l'étude des érythèmes infectieux. *Société médicale des Hôpitaux*, octobre 1894.
- Gilbert et Thoinot. Article « Diphtérie » *Traité de médecine et de thérapeutique*.
- Goodall (E.-W.). On the diagnosis of Scarlet fever and Diphteria. *Practitioner*, London, LXXXII, 38-46.
- Guinon. Article « Scarlatine », *Traité de médecine Charcot, Bouchard, Brissaud*, t. II.
- Haller (P.). Injection von Diphterieheilserum mit schweren Folgen. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1895, n° 10.
- Hartung. Die Serumexantheme bei Diphterie. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, juin 1896, vol. 42, p. 72. —

- Hasenkopf et Salge. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1903, t. VIII, p. 218.
- Heath (A.-D.). Some remarks on the diagnosis of Scarlatiniform and erythematous eruptions. *Birmingham medical Review*, 1904, LVI, 591-600.
- Howard (W.-T. jr.). The results of the treatment of forty cases of Diphtheria with the antitoxine, *Med. News Phila.*, 1895, XLVI, p. 599-603.
- Hutinel. Notes sur les érythèmes infectieux. *Archives générales de médecine*, 7 octobre 1892; *Société médicale des Hôpitaux*, 1895 et 1896.
- Article « Diphthérie » *Traité des maladies des enfants*, 1909, vol. I.
- Jeanselme. Fausses rechutes. Rechutes et récidives dans la scarlatine. *Archives générales de médecine*, 1892.
- Lebreton et Magdelaine. Trois mois de sérothérapie aux Enfants-Malades. *Société médicale des Hôpitaux*, 1^{er} février 1895.
- Leibovici. Prophylaxie antidiphthérique. Anaphylaxie et maladie du sérum. Thèse, Paris, 1907-1908.
- Lemaire (H.). *Recherches cliniques et expérimentales des accidents séro-toxiques*. Thèse, Paris, 1906-1907.
- Lemaire (P.). Diagnostic des éruptions rubéoliques et scarlatineuses par la diazo-réaction d'Ehrlich. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1907, XXVIII, 495.
- Lobligeois (F.). *Etude clinique et diagnostique des érythèmes scarlatini-formes et de la scarlatine vraie, apparaissant au cours de la diphthérie (Valeur diagnostique de l'examen du sang et de la diazo-réaction d'Ehrlich)*. Thèse de Paris, 1901-1902.
- Mac Combie. The antitoxin Treatment of Diphtheria. Clinical Society of London, 21 décembre 1894. *Lancet*, 1894, II, 1538.
- Marfan. Manuel pratique du traitement de la diphthérie.
- *Leçons cliniques sur la diphthérie*. Masson, 1905.
- La Scarlatinoïde métadiphthérique. *Presse médicale*, n° 34, avril 1905.
- Quelques documents sur les accidents de la sérothérapie. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. Paris, 1905, XXIII, 337-352.
- Marfan et Le Play. Recherches sur la pathogénie des accidents sériques. *Société médicale des Hôpitaux*, 1905, p. 274 et XXII, p. 411 à 415.
- Marfan et Weill (B.). Statistique de la diphthérie, 1901-1902. *Société médicale des Hôpitaux*, 12 juin 1903.
- Margulies (M. N.). Réaction de fixation du complément dans la scarlatine. *Russk. Vrach*. Saint-Petersbourg, 1910, IX, 151-153.
- Maridort (P.). A propos de l'érythème scarlatiforme. *Revue médicale de Normandie* Rouen, 1903, 431.

- Martin et Chaillou. Trois cents cas de diphtérie traités par le sérum. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1894.
- Moizard et Perregaux. Deux cent trente-un cas de diphtérie traités par le sérum antidiphtérique. *Société médicale des Hôpitaux*, décembre 1894.
- Moussous. De la réalité des accidents sérothérapiques. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, octobre 1895.
- Mussy. *Les érythèmes infectieux de la diphtérie*. Thèse, Paris, 1892.
- Netter et N. Larrier. Injections de sérum antidiphtérique dans un but prophylactique à des enfants atteints de rougeole. *Congrès international de médecine*, C. R. Paris, 1900. Section de médecine de l'enfance, 425-428.
- Pater. Sur le diagnostic hématologique des fièvres éruptives. *Archives de médecine des enfants*, n° 8, août 1909.
- Perdriat. *Les érythèmes scarlatiniformes*. Thèse, Paris, 1896.
- Petgès (G.). Erythème scarlatiniforme desquamatif récidivant. *Gazette hebdomadaire de la Société médicale de Bordeaux*, 1908, XXIX, 433-435.
- Petit (R.). *Le sérum de Roux. Effets physiologiques et cliniques*. Thèse, Paris, 1897.
- Phéline. *Essai sur les accidents de la sérothérapie antidiphtérique chez l'enfant*. Thèse, Montpellier, 1908-1909.
- Pisek (G.-R.). The differential diagnosis of Scarlet fever with special references to the scarlatiniform eruptions. *Arch. Diag. N. Y.*, 1908, 1, 337-345.
- Poiz. *Le sérum antidiphtérique*. Thèse, Paris, 1896.
- Ranke. *Le sérum antidiphtérique*. XIII^e Congrès allemand de médecine interne. *Mercredi médical*, 10 avril 1895.
- Roger (G.-H.). La toxicité du sérum. *Presse médicale*, 8 juin 1895.
— Les exanthèmes sérothérapiques. Congrès de Nancy, 1896.
- Sanné. Article « Diphtérie » du *Dictionnaire des Sciences naturelles de Dechambre*.
- Sée (G.). Les érythèmes cutanés dans la diphtérie. *Société médicale des Hôpitaux*, juin 1858.
- Steele (J. D.). Two cases of Scarlatina Morbilla and one case of the so called scarlatiniform serum eruption in diphteria. *Medecine Detroit*, 1904, X, 509-516.
- Sevestre. Les érythèmes sériques. *Société médicale des Hôpitaux*, 1895 et 1896.
- Sevestre et Martin. Article « Diphtérie » du *Traité des Maladies de l'Enfance*.

- Sevestre et Meslay. Cent soixante-dix-neuf cas de diphtérie à l'Hôpital Trousseau. *Société médicale des Hôpitaux*, 1^{er} février 1895.
- Schaeuwen. Die Anwendung des Diphterie antitoxins in der Landpraxis. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1895, 207.
- Schamberg (J.-F.). The diagnosis of Scarlet fever and Scarlatinal affections. *J. Am. M. Ass. Chicago*, 1904, XLIII, 395-398.
- Sommerfeld (P.). Ueber Complementablenkung bei Scharlach. *Arch. für Kinder*. Stuttgart, 1909, I, 38-44.
- Tessier (P.) et Bénard (R.). Recherches sur la réaction de Wassermann dans la scarlatine. *C. Rendus de la Société de Biologie*. Paris, 1910, LXVIII, 272-274.
- Timmer. Die Serumtherapie der Diphterie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n° 37, 1895.
- Trammer. Scarlatinois. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1901, p. 610.
- Ungauer. *Les accidents sériques*. Thèse, Paris, 1896.
- Variot. Les érythèmes consécutifs aux injections de sérum antidiph-térique. *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*. Paris, 1895, III, p. 881-885.
- Accidents consécutifs au sérum antidiph-térique chez des rougeo-leux. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*. Paris, 1903, 3^e S., XX, p. 560-574.
- Whitfield (Arthur). On the differential diagnosis between the rashes of Scarlatina, diphteria, and other skin eruptions. *Practitioner*. London, 1909, LXXXII, p. 62 à 68.
- Zagari et Calabrese. Ulteriori ricerche cliniche e sperimentali sulla tossina ed antitossina difterica. *Gior. Internaz. d. sc. med. Napoli*, 1895, N. S. XVIII, 681-721-761-801, 1 ch.
- Zeisler (J.). Die Wassermannsche Reaktion bei Scharlach. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1908, XIV, p. 1887-1889.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	7
CHAPITRE I. — Historique	9
CHAPITRE II. — Etiologie	13
CHAPITRE III. — Symptomatologie.....	21
CHAPITRE IV. — Pathogénie.....	29
CHAPITRE V. — Diagnostic	33
CHAPITRE VI. — Essai d'identification de l'érythème scarlati- niforme pur et généralisé et de la scarlatine.	43
CHAPITRE VII. — Traitement.....	49
OBSERVATIONS.....	53
1 ^{er} GROUPE. — <i>Erythèmes scarlatiniiformes considérés comme scar- latines et passés du Pavillon de la Diphtérie au Pavillon de la Scarlatine.....</i>	53
2 ^e GROUPE. — <i>Erythèmes scarlatiniiformes conservés au Pavillon de Diphtérie comme n'étant pas suspects.....</i>	61
3 ^e GROUPE. — <i>Erythèmes scarlatiniiformes observés au cours de la rougeole (Pavillon de la Rougeole).....</i>	70
CONCLUSIONS.....	75
BIBLIOGRAPHIE.....	77
